ÜBER

DIE FORENSISCHE BEDEUTUNG

DER HYPOCHONDRISCHEN SEELENSTÖRUNGEN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER

MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT in FREIBURG i. B.

VON

LUDWIG WOLTMANN

AUS

SOLINGEN.

Freiburg in Baden
Buchdruckerei Hch. Epstein
1895.

Dekan: Geh. Rat Prof. Dr. Hegar.
Referent: Prof. Dr. Emminghaus.

200931486 0
INST. PSYCH.

Meinen Eltern.

Z3065

Während die verschiedenen Formen der Melancholie in gerichtsärztlicher Beziehung eine hervorragende Wichtigkeit besitzen, scheinen die mit der Melancholie in mancher Hinsicht nahe verwandten hypochondrischen Seelenstörungen nur selten Gegenstand einer kriminalforensischen Expertise resp. eines psychiatrischen Gutachtens zu werden; und doch liegt die Möglichkeit sehr nahe, dass der hypochondrisch alterierte Geisteszustand Ursache von pathologisch begründeten Handlungen werden kann, welche die juristische Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit ausschliessen. Eine wissenschaftlich ebenso interessante als durch ihre grosse practisch-forensische Bedeutung ausgezeichnete Beobachtung dieser Art ist in der Freiburger Universitätsklinik für Geisteskranke gemacht worden, in welcher es sich um einen exquisiten Fall von Hypochondrie mit intendiertem Mord und Selbstmord handelt. Doch wird an dieser Stelle nicht zum ersten Mal auf die kriminalistische Wichtigkeit dieser Seelenkrankheit aufmerksam gemacht. Unter den deutschen Autoren hat namentlich Schüle auf die Gemeingefährlichkeit gewisser Formen der Hypochondrie hingewisen. Ferner sind es französische Autoren, Esquirol und Morel gewesen, welche diesem Gegenstand der gerichtlichen Psychopathologie grössere Aufmerksamkeit geschenkt und wertvolle Beobachtungen gemacht haben. Ein wichtiger Grund, warum in den litterarisch-casuistischen Mitteilungen der gerichtlicher Psychiatrie die Hypo-

chondrie eine so geringe Rolle spielt, scheint mir auch in dem Umstand zu liegen, dass man die in den hypochondrischen Störungen hervortretenden melancholischen und paranoischen Erscheinungen oft als die pathologisch massgebenden Motive von forensisch bedeutsamen Handlungen angesehen haben mag, zumal von einigen Psychiatern die Hypochondrie als eine selbständige Geisteskrankheit überhaupt negiert wird. Es erscheint deshalb notwendig, über das Wesen der Hypochondrie einige grundlegende Bemerkungen vorauszuschicken und die Stellung derselben im System der psychiatrischen Krankheitsformen, in Sonderheit ihre Beziehung zur Melancholie und Paranoia kurz zu charakterisiren. Nur dann können die notwendigen Bedingungen festgestellt werden, unter denen die vom Strafgesetzbuch geforderte Diagnose der Unzurechnungsfähigkeit auf Grund einer Seelenstörung exakt gestellt werden kann; im Speciellen sind unter diesen Bedingungen die verschiedenen Arten der pathologischen Motive zu betrachten, welche auf der Basis hypochondrischer Geisteskrankheit für forensisch wichtige Handlungen bestimmend werden können.

I.

Wie der Titel dieser Abhandlung zeigt, werden in derselben die hypochondrischen Affectionen als Seelenstörungen betrachtet. Wenn auch die alte aus der antiken Medizin stammende Anschauung, dass die Hypochondrie eine körperliche, besonders abdominelle Störung mit begleitenden psychischen Nebenwirkungen sei, endgültig abgethan ist, so besteht doch die Frage, ob die Hypochondrie als eine Neurose oder Psychose anzusehen sei und die Diskussion über ihr Verhältnis zur Melancholie und Paranoia unverändert fort. Zwar scheint die wissenschaftliche Ansicht in der ersteren Frage sich dahin zu entscheiden, dass die Hypochondrie unbedingt als eine Geisteskrankheit betrachtet werden muss, und in der That spricht auch das ganze Krankheitsbild für die psychopathische Auffassung derselben. Wenn man die Hypochondrie als eine centrale Neurose definiert, so zieht man dabei vorwiegend die elementaren Störungen in Betracht, die im Gebiet der Sensibilität (seltener Motilität) sich abspielen: Hyperästhesien, Parästhesien, Neuralgien, Paralgien, perverse Sensationen aller Art, die den Hypochonder belästigen. Sei es nun, dass diese abnormen Empfindungen peripher in Nerven und krankhaft veränderten Organen entstehen und durch eine centrale Hyperästhesie gesteigert und modifiziert werden, oder sei es, dass diese Symptome cerebralen Ursprungs sind, so werden dieselben doch immer mit einer unverhältnismässig starken psychischen Reaktion im Gemeingefühl beantwortet, welche das eigentliche Wesen der Hypochondrie ausmacht. Schmerzliche Verstimmung, einseitig fixierte

Aufmerksamkeit auf die Zustände und Vorgänge im eigenen Körper, Befürchtungen inbezug auf die Gesundheit, falsche beängstigende Vorstellungen über die Beschaffenheit der Organe, das sind alles psychopatische Symptome, Zeichen einer Psychose, welche in den leichteren Fällen ohne gröbere Störungen des Selbst- und Weltbewusstseins verlaufen kann, wenn es sich um Dinge und Beziehungen handelt, welche den Zustand der eigenen vitalen Existenz nicht berühren.

Man muss es daher für eine inkorrekte Ausdrucksweise halten, wenn neuere Autoren,*) welche auf dem Boden der psychopatischen Theorie der Hypochondrie stehen, dennoch dieselbe als eine „Neurose des Gemeingefühls" bezeichnen. Das Gemeingefühl ist ein psychologischer, die Neurose aber ein physiologisch-pathologischer Begriff. Mit dem Namen der Neurose bezeichnet man im allgemeinen jene functionellen Erkrankungen des Nervensystemes, für deren pathologisch-anatomische Grundlage uns ein tieferes Verständnis vorläufig fehlt und die sich in den elementaren Störungen der Motilität, Sensibilität sowie in pathologischen Veränderungen der reflektorischen, vasomotorischen, sekretorischen und trophischen Funktionen zum Ausdruck bringen. Andererseits ist es aber das Verdienst der modernen Psychologie, Gefühle und Empfindungen genau getrennt und ihre Begriffe exakt festgestellt zu haben. Während die Empfindung das Resultat einer peripheren oder in pathologischen Zuständen centraler Reizung ist, hat das Gefühl immer einen cerebralen Ursprung. Nun ist aber

*) Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten (1878) p. 421 u. p. 443, von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie (1890), pag. 589.

gerade im Bereiche der Gemeinempfindung das Gefühl innig mit der Empfindung verbunden und das depressiv gestörte Gemeingefühl des Hypochonders nur schwer von den abnormen Sensationen zu trennen. Wenn nun auch die nervösen Störungen in der Hypochondrie oft eine bedeutsame Stellung einnehmen, so können sie doch nie allein Grundlage und Wesen der Krankheit ausmachen; denn ohne spezifische Betonung mit Unlustaffekten des Gemütes kommen sie im Krankheitsbild der Hypochondrie überhaupt nicht vor; andrerseits aber können in vielen Fällen diese Sensationen fast ganz zurücktreten und durch blosse Vorstellungen des Krankseins sekundär erzeugt werden, ausserdem die Krankheitsimaginationen selbst die gleiche depressive Wirkung in der affektiven Sphäre des Bewusstseins hervorrufen. In den nervösen Erscheinungen, wie in wirklichen Organerkrankungen kann daher nicht die pathogenetische Ursache der Hypochondrie gesucht werden, sondern dieselben sind entweder bloss Begleiterscheinungen oder Gelegenheitsursachen für die psychopathische Affektion eines zu Geistesstörungen prädisponierten Gehirnes, sei es durch erbliche Belastung oder erworbene Hirnschwächung aller Art, die seine Widerstandsfähigkeit herrabsetzt. Auf diese prädisponierende Anlage des Gehirns für hypochondrische Störungen, welche im Anschlusss an somatische Affektionen auftreten, weist besonders Wittmaack hin. („Die Hypochondrie in pathologischer und therapeutischer Beziehung"). Aus den diesbezüglichen Thesen hebe ich folgende zwei hervor: „Ueberall, wo Hypochondrie entstehen soll, muss in der Psyche eine Anlage dazu vorhanden sein. Ohne diese kann Trauer und grosse Depression entstehen, aber nie Hypochondrie." — „Wäre in der Hypochondrie

die Nervenempfindung krank und die Energie des Hirnes gesund, so würde es keine Hypochondrie geben können, weil durchaus das Hirn nicht anders könnte, als die Empfindungsdaten in ganz entsprechende Vorstellungsgrössen umzusetzen, weil es sich also die richtige Vorstellung von der „pathologischen" Empfindung erschaffen und je, wie sie wäre, darüber ins Klare kommen würde."

Wenn man auch die Auffassung der Hypochondrie als eine Neurose nicht anerkennen kann, so ist damit doch nicht ausgeschlossen, dass in ihr wie in verwandten Krankheitsbildern nervöse und psychische Symptome combiniert vorkommen können. Gerade die entwicklungsgeschichtliche Auffassung des Nervensystemes führt uns zu jener Ansicht, welche Flemming*) die Solidarität des gesammten Nervensystems genannt hat. Wenn wir in frühen Stadien der embryonalen Entwicklung die Funktionen des Nervensystems an ein einheitliches Protoplasma in primitiver Bethätigung oder in Form einer Anlage gebunden und erst durch die hystologische Differenzierung infolge der physiologischen Arbeitsteilung den complizierten Mechanismus des ausgebildeten Nervensystems sich entwickeln sehen, so müssen wir auch im ausgewachsenen Zustande desselben eine Einheitlichkeit und Solidarität der Funktionen annehmen, deren höchstes psychologisches Produkt das vernünftige Selbstbewusstsein der individuellen Persönlichkeit darstellt. Wir müssen das Gehirn als ein einheitliches System von subordinirten und coordinirten Centren ansehen, von denen die niedersten den elementaren (motorischen, sensiblen, reflektorischen etc.) Funktionen vorstehen,

*) Flemming, Psychosen und Neurosen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. XXXIII p. 860—866.

und von denen die höchsten Centren Sitz der Gefühls- und Begriffsthätigkeit sind. Sind nun diese niedersten Centren erkrankt, so spricht man von einer cerebralen Neurose; sind die höheren pathologisch afficiert, so nennt man die Störungen eine Psychose. Wenn nun der Gesammteffekt der Hirnthätigkeit im Zusammenhang mit den Körperorganen einen einheitlich funktionirenden psychisch-nervösen Mechanismus darstellt, so werden auch bei Erkrankungszuständen des cerebralen Organs nervöse und psychische Symptome mehr oder weniger solidarisch das Krankheitsbild zusammensetzen. In diesem Sinne nennt man namentlich Epilepsie, Neurasthenie und Hysterie Neuropsychosen. Aber auch bei organischen, d. h. pathologisch-anatomisch nachweisbaren Psychosen findet man beide Arten der Symptome vereint. Wenn bei Hypochondern die nervösen Erscheinungen stark hervortreten, steht nichts im Wege, die Hypochondrie auch mit diesem Namen der Neuropsychose zu belegen.

So viel genüge zur theoretisch-psychologischen Auffassung der Hypochondrie. Kurz zusammengefasst, ist die Hypochondrie, physisch-medizinisch gesprochen, als eine „Krankheit des Gehirns", psychologisch als ein Zustand veränderter geistiger Persönlichkeit anzusehen. Legt man auf die affektive Depression das Hauptgewicht, so kann man sie als eine Psychose oder ein Irresein des Gemeingefühls bezeichnen, aber nie als eine Neurose des Gemeingefühls.

Wenn nun auch die Hypochondrie als eine Psychose angesehen wird, so herrschen doch über ihre Stellung im Systeme der Geisteskrankheiten bei den Autoren die verschiedensten Anschauungen, die kurz erörtert werden müssen. Abgesehen davon, dass die

Hypochondrie als Symptomenkomplex episodenhaft oder sekundär im Verlaufe der verschiedensten Geistesstörungen (Dementia paralytica, Dem. senilis, Lues cerebralis, Neurasthenie, Hysterie etc.) vorkommt, so stehen sich im Wesentlichen zwei Ansichten gegenüber, von denen die eine dahingeht, dass die Hypochondrie nie als eine selbständige Psychose auftritt, sondern immer nur auf der Grundlage einer melancholischen oder paranoischen Geistesstörung entsteht; die andere Theorie dagegen sieht in ihr eine primäre genuine Seelenkrankheit, welche von ähnlichen melancholischen Zuständen streng zu scheiden ist.

Tuczek*) namentlich ist es, der die Selbstständigkeit der Hypochondrie leugnet. Er unterscheidet die melancholische Hypochondrie von der paranoischen Form derselben, je nachdem hauptsächlich das Gemüth oder der Verstand in krankhafter Weise verändert ist. Beide Formen gehen nie ineinander über, sondern entstehen als primäre Verrücktheit oder Melancholie von vornherein. Der wesentliche Unterschied beider Erkrankungen besteht darin, dass die eine alle typischen Zeichen der Melancholie, die andere diejenigen der Verrücktheit zeigt. Die einfache Hypochondrie geht nur „angeblich“ in Melancholie oder Verrücktheit über; immer ist eine leichte Melancholie vorausgegangen oder der Hypochonder hat eine originäre Anlage zur Paranoia besessen. Er selbst legt seinen Standpunkt folgendermassen dar: „Fasse ich das Gesagte kurz zusammen, so komme ich zu dem Schluss, dass

*) Tuczek, Zur Lehre von der Hypochondrie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Bd. 39. p. 653—660.

es eine hypochondrische Seelenstörung als solche nicht giebt; dass hypochondrische Wahnideen als Theilerscheinung einer Melancholie oder Verrücktheit vielfach bei einfachen und complicierten Seelenstörungen vorkommen, ohne dass der hypochondrische Charakter der Wahnideen an sich für die klinische Stellung der Psychose wesentlich wäre, dass endlich die sogenannte hypochondrische Verrücktheit nicht in Blödsinn übergeht."

Kirn*) rechnet die Hypochondrie zu einer Erscheinungsform der Melancholie, „welche hauptsächlich das eigene körperliche und geistige Uebelbefinden zum Inhalt hat". Schüle**) fasst ebenfalls die „Gemeingefühlsneurose" unter den Begriff der Melancholie und unterscheidet von dieser einfachen hypochondrischen Melancholie die davon „grundverschiedene" hypochondrische Verrücktheit. Der Inhalt der hypochondrischen Depression ist in beiden Formen nicht wesentlich verschieden. „Im Genaueren aber unterscheidet sich der Inhalt des eigentlichen hypochondrischen Irreseins von jener leichten Form der Melancholie 1) durch die kritiklose Ungeheuerlichkeit der Umdeutungen d. h. der psychosensoriellen Transformation und 2) durch den Zwang, mit dem sich jede derselben sofort zu einem Wahngedanken fixiert. Im ersten Moment liegt die Bewusstseinsstörung (i. e. der Hirnaffektion), im zweiten die Anlage zum physischen Zerfall in Verrücktheit ausgesprochen." Diese Anschauung stimmt im Wesentlichen mit der von Tuczek entwickelten überein.

Dieser Auffassung steht eine andere gegenüber,

---

*) Kirn, Die einfachen Psychosen etc. in Maschka's Handbuch der Gerichtlichen Medizin.

**) Schüle, op. cit. p. 422.

welche die Hypochondrie als eine Erscheinungsweise der Verrücktheit definieren. Kräpelin*) führt die Hypochondrie unter den verschiedenen Kategorien der Paranoia auf, sowohl die exquisit paranoische Form, in der es zu höchst absurden und bizarren Interpretationen des körperlichen Zustandes kommt, als auch die leichtere Varietät derselben. Doch ist er vorsichtig genug, darauf hinzuweisen, dass er nicht zu sagen vermöge, wie weit sie in das Gebiet der Paranoia gehöre. Mit gröster Wahrscheinlichkeit dürften wohl diejenigen Fälle zu dem grossen Formenkreise der Paranoia gehören, welche auf hereditär schwachsinniger Grundlage beginnen, also degenerative Psychosen sind.

Am weitesten geht in der Erklärung der Hypochondrie als Paranoia B. A. Morel, der in seinem „Traité des maladies mentales“ drei Formen resp. Stadien unterscheidet: 1) die Hypochondrie simple, zu der er diejenigen Kranken rechnet, welche sich in ängstlicher Depression ausschliesslich mit ihrer physischen Gesundheit beschäftigen, 2) rechnet er auch das ganze Gebiet des Verfolgungswahns dazu, und zwar auch diejenigen Kranken, die sich in Ehre, Ruf und Lebensstellung bedroht fühlen, ja sogar diejenige Form des Verfolgungswahns, die auf Grund einer imaginierten rechtlichen Beeinträchtigung sich aufbaut. 3) Als eine Unterart der zweiten Form sieht er diejenigen Fälle an, wo nach einem hypochondrischen Verfolgungswahn der Kranke sich durch Imagination neuer organischer Veränderungen zu grossen Dingen berufen glaubt. — Alle drei Formen fasste er unter dem Begriff der „folie hypochondriaque“ zusammen, deren Wesen nach seiner

*) Kräpelin. Psychiatrie 1893. p. 400—402.

Ansicht darin besteht, einen Kreis von pathologischen Symptomen zu durchlaufen, welche nach einander entstehen und Remissionen und Exacerbationen zeigen. (Le caractère de la folie hypochondriaque est de faire parcourir aux malades un cercle de phénomènes pathologiques qui s'engendrent et se commandent successivement, cercle dont les points de circonférence sont marqués par des périodes de rémissions et par des phases maladives qui se renouvellent avec une persistance désespérante." op. cit. p. 267.)

Wie weit diese Anschauung gerechtfertigt ist, kann hier nicht untersucht werden; jedenfalls ist aber zu bemerken, dass nicht jeder Verfolgungswahn ein hypochondrischer genannt werden kann, namentlich nicht diejenigen Fälle, wo der Kranke für Ruf, Ehre, Stellung, Recht fürchtet, und die Besorgniss und Angst um die physische Gesundheit, die doch das ursprüngliche Merkmal der Hypochondrie ausmacht, ganz in den Hintergrund tritt. Näheres darüber soll später bei der Untersuchung des Verhältnisses der Hypochondrie zum hypochondrischen Verfolgungswahn erörtert werden.

Eine vermittelnde Stellung nehmen in der theoretischen Auffassung der Hypochondrie Jolly*) und Kraft-Ebing ein. Beide sehen in derselben eine selbständige Psychose, die gegenüber der Melancholie und Paranoia wohl abgegrenzt werden kann. Jolly unterscheidet die Hypochondrie im engeren Sinne und die hypochondrische Verrücktheit. Die letztere tritt entweder als Ausgangs- und Entwicklungsstadium der ersteren auf oder entsteht von vornherein als eine eigen-

*) Jolly, Hypochondrie, in Ziemssen's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie.

artig gekennzeichnete Form der Paranoia. Die Umwandlung aus der einfachen in die paranoische Form ist charakterisirt durch das Auftreten von höchst absurden Vorstellungen von Metamorphosen der Organe, durch Verfolgungsideen, durch Imagination übernatürlicher Beeinflussung und durch Grössenideen, welche durch Combination mit Verfolgungswahn anderen Formen der Verrüktheit ähnlich sind, aber sich von dieser immer durch die Neigung unterscheiden, sich bezüglich der körperlichen Zustände übertriebenen Besorgnissen hinzugeben und auch in den Wahnideen alle möglichee äusseren Vorgänge auf den eigenen Körper zu beziehen.

Hiervon unterscheiden beide aber eine primäre Melancholia hypochondrica, welche Krafft-Ebing*) dahin charakterisirt, dass die melancholische Verstimmung das Primäre ist und dass Störungen der Gemeinempfindung hinzutreten, die begleitende Symptome aber nicht ursächliche Momente der melancholischen Verstimmung sind und welche erst sekundär zu Erklärungsversuchen der krankhaften Verstimmung und Hemmung verwertet wird. Hier findet man im Krankheitsbilde die für Melancholie typische Hemmung der Gedanken, welche mit Kleinheits- und Versündigungsideen combinirt ist.

Die verschiedenen Theorien über die Hypochondrie scheinen mir in letzter Instanz darauf zu beruhen, dass denselben ein verschiedenes Einteilungsprinzip zu Grunde gelegt wird, je nachdem das psychologische Prinzip oder Verlauf und Ausgang der Krankheit oder die organisch-degenerative Belastung als Gesichtspunkt der Charak-

*) Krafft-Ebing, op. cit. p. 352.

terisirung gewählt wird. So lange es in der Psychiatrie kein einheitliches Einteilungsprinzip für die verschiedenen Krankheitsformen giebt, ist es müssig, diese entgegengesetzten Ansichten vereinigen zu wollen. Es kann auch nicht die Aufgabe dieser Abhandlung sein, in eine kritische Erörterung derselben einzugehen; es kam mir nur darauf an, die wichtigsten Theorien zu charakterisiren und für den praktisch-forensischen Zweck der Beurtheilung von hypochondrischen Seelenstörungen einige Gesichtspunkte zu gewinnen.

Im allgemeinen folge ich der Auffassung von Jolly und Krafft-Ebing, nach welcher die Hypochondrie als eine selbständige Geisteskrankheit mit verschiedenen Varietäten und Entwicklungsstufen anzusehen ist, und die gleichwertig mit Manie, Melancholie und Paranoia in die Gruppe der einfachen Psychosen einzureihen ist. Es ist dies ungefähr dieselbe theoretische Erklärung, wie sie auch von Emminghaus vertreten wird. In seinen „Psychischen Störungen des Kindesalters“ (S. 188—190) hebt er besonders den psychopatischen Charakter der Hypochondrie hervor und vertheidigt gegenüber den Anschauungen Tuczeks die Selbständigkeit dieser Psychose. Wenn er auch hinsichtlich der Hypochondrie bei Erwachsenen in der Lehre Tuczeks viel Richtiges zu finden glaubt, so betont er doch entschieden die primäre und idiopathische Entwicklung der Hypochondrie im Kindesalter gegenüber der Meinung, dass alle hypochondrischen Kinder „Candidaten der originären Verrücktheit“ seien. Die Gemeinempfindung und das darauf beruhende Gemeingefühl, sowie das Bewusstsein von den eigenen körperlichen Zuständen besitzt, schon in der Geistesgesundheit eine hervorragende Bedeutung für die Gesammtauf-

fassung der psychischen Persönlichkeit und bildet den bleibenden Hintergrund unserer Vorstellungen und Handlungen; und so bildet auch bei pathologischen Veränderungen das Gemeingefühl die massgebende spezifische Basis für eine wohl charakterisirte psychopatische Krankheit, die oben als Psychose des Gemeingefühls bezeichnet wurde, als eine Geistesalteration, in welcher der Kranke in seiner Gemeinempfindung und seinem Gemeingefühl irre geworden ist, wobei es gleichgültig ist, ob die Vorstellungen über die Organbeschaffenheit mehr oder weniger absurd sind.

Anmerkung: Nachträglich wird mir ein Vortrag von A. Mercklin bekannt (Petersburger Medizinische Wochenschrift Nr. 45, 1892), in welchem derselbe zur Verständigung über den Krankheitsbegriff der Hypochondrie etwas beitragen will, indem er den Begriff des „hypochondrischen Symptomenkomplexes" aufstellt, dem eine andere Affektion immer zu Grunde liegen soll. Der Schlussgedanken gipfelt darin, dass die blosse Bezeichnung „Hypochondrie" leicht zu Missverständnissen führen könne und noch keine Diagnose sei. „Es giebt einen gut charakterisirten hypochondrischen Symptomenkomplex, aber er ist eine Teilerscheinung verschiedener Nervenkrankheiten. In jedem einzelnen Fall bleibt es unsere Aufgabe, diese Nervenkrankheit näher zu bezeichnen." — Abgesehen von der unbestimmten Bezeichnung „Nervenkrankheit" ist es nach meiner Meinung unmöglich, in jedem einzelnen Falle eine solche nachzuweisen und zu benennen; und wenn auch sehr oft die Hypochondrie im Verlauf anderer Neurosen und Psychosen auftritt, so ist das kein Grund dafür, dass die Hypochon-

drie neben ihrem symptomatischen Auftreten nicht auch als idiopatische Psychose entstehen kann. Dieses Schicksal theilt die Hypochondrie mit der Manie, Melancholie und Paranoia und doch wird man daraus nicht schliessen wollen, dass diese Erkrankungen nicht selbständig vorkommen könnten. Es giebt also eine „reine“ Hypochondrie und wenn dieselbe mit nervösen Symptomen auftritt, so bieten dieselben oft nichts so Charakteristisches, dass man sie in eine bekannte Kategorie der Nervenkrankheiten einreihen könne. Für die Hypochondrie sind dieselben aber insofern bezeichnend, als sie eine tiefe Depression des Gemeingefühls mit Sorge und Angst um die körperliche Gesundheit hervorbringen. Der am Schluss mitgetheilte Fall bietet keine hervorragenden nervösen Symptome, geschweige denn, dass in demselben eine „näher zu bezeichnende Nervenkrankheit“ zu finden ist. Ferner verweise ich auf das, was oben über das Verhältnis von Neurose und Psychose gesagt worden ist.

II.

Es erwies sich als notwendig, auf die verschiedenen theoretischen Auffassungen der Hypochondrie näher einzugehen, um den Standpunkt der idiopathischen Auffassung derselben aufrecht zu erhalten; denn falls man die Selbständigkeit der Hypochondrie nicht anerkennt, ist es natürlicher Weise überflüssig, von einer forensischen Bedeutung derselben zu sprechen. Die forensische Beurteilung von Handlungen, welche aus hypochondrischen Seelenzuständen hervorgehen und gegen die kriminelle Gesetzgebung verstossen, betrifft meist Gewaltacte, welche eine verschiedenartige Motivierung haben können. Bald kann die Handlung in schmerzlicher Verstimmung und depressiven Wahnideen begründet sein, bald in einer dem raptus melancholicus ähnlichen „hypochondrischen Krise" mit heftigen Angstanfällen und Aufhebung der freien Selbstbestimmung oder aus einem impulsiven Trieb verübt werden. Wenigstens sind diese Motive in denjenigen Fällen massgebend, welche mir bekannt geworden sind. Während diese Fälle aber als verhältnissmässig selten anzusehen sind, betrifft eine andere Gruppe die zahlreichen Formen von hypochondrischem Verfolgungswahn, der meist zur Paranoia gerechnet zu werden pflegt und hier nur insofern hervorgehoben werden soll, um den charakteristischen Unterschied von den oben angeführten Fällen zu betonen.

Wohl die meisten Hypochonder pflegen einmal den Gedanken in Erwägung zu ziehen, ihrem qualvollen und langwierigen Leiden, das sie für unheilbar und

unerträglich halten, durch einen selbstgewählten Tod ein Ende zu bereiten. Nur selten kommt es zur Ausführung ihrer Selbstmordabsichten, da die Hypochonder im Allgemeinen feige und willenlos sind

Esquirol macht darüber einige characteristische Bemerkungen: „Die Hypochonder fürchten aus Kleinmütigkeit zu sterben und aus Schwäche zu leben. Übrigens sprechen die Hypochondrischen viel vom Tode; sie fordern ihn sogar von ihrer Umgebung, machen Versuche, sich ihm zu geben, aber erfüllen selten ihre Absichten, denn sie werden durch die leichtesten Beweggründe, durch den geringsten Vorwand von ihrem Plane abgebracht. Es sind Hasenfüsse, die laut sprechen, damit man glaube, dass sie Mut haben.“ — Doch darf man diese Tendenz zur Selbstvernichtung nicht immer fingirt halten, da im Verlaufe der Hypochondrie nicht selten acute Zustände von Angstgefühlen und Verzweiflungsdelirien auftreten können, in denen die Kranken sich ein gewaltsames Ende bereiten.

Wenn auch der intendierte Selbstmord infolge der neueren Gesetzgebung criminalistisch nicht verfolgbar ist und so kein direktes forensisches Interesse mehr bietet, so kann das Suicidium doch indirecter Weise insofern eine forensische Bedeutung gewinnen, als sich Selbstmord mit Menschenmord oder anderen Gewaltacten verbinden kann. Diese Erscheinung, welche zuerst von Esquirol mitgeteilt und von ihm als „Selbstmord, dem Menschenmord vorangeht“, bezeichnet wurde, wird besonders häufig bei melancholischen Geistesstörungen beobachtet. So viel mir aus der gerichtlich-psychiatrischen Casuistik bekannt geworden, ist dies bisher nur ausnahmsweise

bei der Hypochondrie beobachtet worden. Die wenigen meines Wissens bekannten Fälle sind von Morel und Esquirol mitgeteilt worden, bieten aber sonstige Eigenthümlichkeiten, welche nachher besprochen werden sollen.

Ein Fall von reiner ausgesprochener Hypochondrie mit intendiertem Suicidium und Homicidium ist, wie in der Einleitung schon bemerkt, in der Freiburger psychiatrischen Klinik zur Beobachtung gelangt, der insofern besonderes Interesse bietet, als er sich von ähnlichen Handlungen bei melancholischen Zuständen scharf abgrenzen lässt. Es handelt sich in dieser Beobachtung um eine Kranke von 36 Jahren, die mütterlicherseits psychopathisch belastet ist und kurz nach ihrem 13. Jahre einmal eine leichte schnell vorübergehende Geistesstörung durchmachte. Anderthalb Jahre vor ihrer Aufnahme in die Klinik bekam sie melancholisch-hypochondrische Störungen, welche sich später zu einer typischen Hypochondrie mit höchst absurden Vorstellungen über ihre Körperorgane ausbildeten. Sie verzweifelte an der Heilung ihrer Krankheit und machte einen Selbstmordversuch, wurde aber an der Ausführung ihres Planes verhindert. Später machte sie einen Mordversuch auf ihre an Melancholie erkrankte Mutter, indem sie dieselbe in eine Wassergrube stürzte. Die Mutter starb acht Tage nach dem Unfall. Die Patientin, in der Klinik darüber befragt, giebt an: „sie habe sich zugleich mit der Mutter umbringen wollen; es habe ihr der Tod für sich und für ihre Mutter das Beste gedünkt.“ Später begründet sie ihre Handlungsweise noch damit,

„weil sie ihrer beider Gesundheit für unrettbar verloren angesehen habe.“*)

Das criminalgerichtliche Verfahren gegen die Patientin wurde eingestellt, sobald die Geisteskrankheit konstatiert war. Worin besteht aber das pathologische Motiv dieser gewaltthätigen Handlung? — Im Allgemeinen werden in der Hypochondrie — mit Ausnahme des hypochondrischen Verfolgungswahnes — die Beziehungen des Kranken zur Aussenwelt kaum verändert. Das objective Weltbewusstsein bleibt ungetrübt, mag auch das Selbstbewusstsein oft noch so hochgradig im Sinne der hypochondrischen Verstimmung alteriert sein. Auf der Basis der pathologischen Tendenz zum Suicidium baut sich in dem Bewusstsein der Kranken eine pathologisch veränderte Beziehung zur Aussenwelt, zu ihrer familiären Umgebung auf. Ergriffen von einem taedium vitae höchsten Grades, überzeugt von der ferneren Wert- und Nutzlosigkeit ihres Daseins, überträgt sie diese subjektive Geringschätzung des eigenen Lebens nach aussen auf das Leben ihrer kranken Mutter. In ihrem gestörten Geisteszustande glaubt sie auch die Mutter unrettbar verloren und meint, dass für sie auch der Tod das „Beste“ sei.

Nicht etwa in einem Angstanfall mit schreckhaften Halluzinationen oder unter der Gewalt einer Zwangsvorstellung, der sie nicht widerstehen kann, vollführt sie die Gewalthandlung, sondern in einer Geistesverfassung, wo eine Art formal richtigen

*) Um den darstellenden Text nicht zu unterbrechen, wird die ausführliche Krankengeschichte, soweit sie klinisch beobachtet wurde, wegen ihrer psychiatrischen Merkwürdigkeit und ihrer grossen forensischen Bedeutung am Schluss vollständig mitgeteilt.

Uberlegens stattfindet, dessen Prämissen aber durchaus pathologischer Natur sind. Diese Prämissen bestehen eben in ihrer hypochondrischen Geistesalteration, die auf der Höhe des taedium vitae und der Verzweiflung zu einem ausgesprochenen Wahn sich steigert, in welchem pathologische Motive zu einem verbrecherischen Gewaltakte an einer geliebten Person führen. Die Kranke hat in einem wahnhaften Raisonnement auf Grund einer falschen Überzeugung, in einer geistig unfreien Willensverfassung gehandelt, in welcher die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht absolut aufgehoben, aber pathologisch verändert war, so dass ihr die That juristisch (und moralisch) nicht zugerechnet werden kann.*)

Wie schon erwähnt wurde, sind es meistens Melancholiker, welche ein Suicidium mit vorausgehendem Homicidium begehen, und in der That hat der beschriebene Fall eine Ähnlichkeit mit den Motivierungen dieser Handlungen bei den Melancholikern. Esquirol, der, wie gesagt, dieses Phänomen zuerst beschrieben, bemerkt, dass alle diese Mörder meist Melancholische seien, die von einer Leidenschaft beherrscht, bis zum Delirium getrieben würden, während sie übrigens ganz verständig seien. „Mehr oder minder ihnen anscheinend wahr vorkommende Gründe bestimmen sie zu dieser That, und sie wählen zu ihren Opfern diejenigen, die

*) Man kann den Geisteszustand der Kranken nicht etwa ein Delirium nennen, denn ein Delirium ist „irres Reden und Handeln ohne Bewusstsein", sondern die Person ist von einer auf krankhafte Weise zu Stande gekommenen Vorstellung, von einer Wahnidee beherrscht, welche ihr Bewusstsein fälscht und Streben und Fühlen in pathologischer Weise beeinflusst. (Vergleiche „Wahnideen und Delirien" von F. Siemens, Neurologisches Centralblatt, 1882 No. 20).

ihrem Herzen am teuersten sind, und begehen diese That mit anscheinender Ruhe und Kaltblütigkeit, ja sie scheinen sogar ruhiger, nachdem sie dieselbe begangen, und manchmal sogar zufrieden zu sein. Manche zeigen selbst ihr Verbrechen an, oder erzählen dasselbe jedem Vorübergehenden. Sie sind fern davon, sich den Nachsuchungen zu entziehen, sondern erwarten, dass man sie festnimmt und verlangen die Todesstrafe zu erleiden.“*) Unter den Motiven, welche diese Unglücklichen treiben, andere hinzumorden, bevor sie sich selbst das Leben nehmen, führt er besonders den Grund an, dass die Kranken oft Personen, die ihnen am teuersten sind, desshalb ums Leben bringen, um sie vor der Verdammniss und den Mühseligkeiten des Lebens zu bewahren. Es ist also im Sinne des Kranken eine Wohlthat, ein Mord aus pathologisch begründeter — Liebe, den sie vermeintlich ausüben. Oft wird in den Tagesblättern über diesen „Mord aus Liebe“ berichtet, der in melancholischer Verstimmung vom Gatten an der Gattin, vom Liebenden an der Geliebten, von Eltern an ihren Kindern begangen wird (Vergl. Maschka's Handbuch, IV. S. 274.)

Insofern dieses Motiv in dem oben beschriebenen Falle von Hypochondrie auch massgebend ist, indem die Kranke für die Mutter das „Beste“ will — das Beste dünkt ihrem wahnhaft alterierten Geiste der Tod —, erinnert er an ähnliche melancholische Zustände. Aber insofern dieses Motiv seine tiefere Begründung in einer exquisit hypochondrischen Seelenstörung findet, muss

*) Vergl. Esquirol, die Geisteskrankheiten, übersetzt von Bernhard, Band I. Vom Selbstmord, § 2, Selbstmord, dem Menschenmord vorangeht.

dieser Fall von ähnlichen melancholischen durchaus abgetrennt werden.

Bei der forensischen Beurteilung dieses Falles ist es von Wichtigkeit zu berücksichtigen, dass diese Kranke psychopathisch belastet ist und eine Prädisposition für psychische Störungen besitzt. Dadurch wird die Prognose getrübt und der Fall in forensischer Beziehung zum Verwaltungsrecht gebracht. Die Kranke wurde aus der Anstalt entlassen im Stadium der „Besserung". Am Morgen des Tages ihrer Entlassung besuchte ich die Kranke. Sie war wenig ausgiebig. Auf die Frage nach ihrer Mutter schweigt sie und blickt vor sich hin. Als sie gefragt wurde, wie es ihr gehe, gab sie bald an, dass sie sich wohl fühle, bald aber: „dass ihr Niemand mehr helfen könne." Inbezug auf ihre Körperbeschaffenheit meinte sie, dass alles wieder in Ordnung sei, kurz darauf aber sagte sie: „es sei nicht ganz so." Auf weitere Fragen nach ihrem Verhältniss zur Mutter wiederholte sie mit schmerzlichem Gesichtsausdruck, dass ihr Niemand helfen könne. Die Person machte durchaus nicht den Eindruck eines geistesgesunden Menschen.

Im Allgemeinen werden Hypochonder selten in Irrenanstalten aufgenommen; aber in Fällen, wo sich eine Gemeingefährlichkeit entwickelt hat, wird die administrative Behörde verpflichtet sein, derartige Kranke zwangsweise in einem Irrenhaus unterzubringen. So wurde gegen den Willen der Direktion jene Kranke auf Betreiben der Verwandten unter Mitwirkung des Bezirksamtes entlassen, da wohl eine entschiedene Besserung, aber keine vollständige Heilung eingetreten war, und da wohl immer die Möglichkeit sehr nahe liegt, dass die Besserung nachlässt und ähnliche Mord- und Selbst-

mordtendenzen sich wiederholen, wenn die Person den heilsamen und beruhigenden Einflüssen des Anstaltslebens entzogen wird und in die alten Verhältnisse gelangt, wo sie den früheren täglichen Reizen der Umgebung dauernd ausgesetzt ist.

Ein zweites Krankheitsbild dieser Art wird von Morel mitgeteilt; ähnlich ist dieser Fall dem oben beschriebenen insofern, als es sich um einen Hypochonder handelt, der ebenfalls die Tendenz zum Selbstmord und Menschenmord zeigt; doch weicht er in manchen charakteristischen Punkten davon ab.

Morel teilt diese Krankheitsgeschichte mit unter dem Titel: „Observation d'un aliené hypochondriaque également porté au suicide, à l'homicide, au excès vénériens et bachiques et qui a finalement comparu devant les assises pour un fait d'incendie avec préméditation.“*) Wegen der Merkwürdigkeit und Seltenheit dieser Fälle sollen die wichtigsten Punkte im Auszug daraus mitgeteilt werden. Es handelt sich um einen jungen Mann von 24—25 Jahren, der vor zwei Jahren, ehe er vor dem Gerichte wegen der Brandstiftung erschien, von schmerzhaften körperlichen Sensationen, namentlich fürchterlichen Kopfschmerzen gequält wurde. Er bekam in bezug auf seinen Gesundheitszustand übertriebene Vorurtheile und geriet in Furcht zu sterben. Es folgten in seinem Leiden Perioden von Remissionen und Exacerbationen. Dann traten Verfolgungsideen auf mit zahllosen Halluzinationen und Illusionen. In seinem verzweiflungsvollen Zustande wurde er von einem un-

*) Morel, Traité des maladies mentales 1860 p. 420—426

überwindlichen taedium vitae ergriffen und kam zu dem Plane, sich und seine Frau sammt Schwiegervater hinzuopfern. Kleinmütigkeit, religiöse Bedenken, Gewissensbisse hielten ihn von dem beabsichtigten Selbst- und Menschenmord ab. Um dieser unheilvollen und unwiderstehlichen Neigung zu entfliehen („pour échapper à cette tendence qui l'entraînait au meurtre d'une manière irrésistable") verliess er das Haus und trieb sich auf dem Lande in den Schänken herum, wo er sich unglaublichen Excessen hingab. Als sein Geld zu Ende war, kehrte er heim, nahm seine Arbeit wieder auf, bat seine Frau um Verzeihung und beklagte seine Verirrungen. Nach einiger Zeit wiederholten sich dieselben Phänomene, seine Abwesenheit von der Familie dauerte noch länger, so dass er von den zwei Jahren kaum sechs Monate in seinem Hause zubrachte. Darauf traten bei ihm auch Verirrungen des Geschlechtstriebes auf und seine unwiderstehlichen Neigungen zum Alkohol wurden noch gesteigert. Als er zum zwanzigsten Mal sein Haus verliess, eilte er, von Verfolgungsdelirien gefoltert, in die Hauptstadt, um beim Staatsoberhaupt sich über die Machinationen seiner Feinde zu beklagen. Daran knüpfte sich ein neues Symptom; die Verfolgungen seiner Feinde sucht er darin zu begründen, dass er eine höchst wichtige Person sei; er glaubt sich zur Rettung des Staates berufen. Zum Kaiser wird er nicht vorgelassen, er erregt den Verdacht der Polizei und wird zwei Monate ins Gefängniss gesteckt. Nach seiner Entlassung begeht er eine Brandstiftung, um vor das Gericht gebracht zu werden und dort sich sein Recht zu verschaffen.

Hier sehen wir auf hypochondrisch-konstitutioneller

Basis mit Sensationen, Sorge um die körperliche Gesundheit und Furcht zu sterben sich ein inhaltsreiches und wechselvolles Drama entwickeln, in dem die einzelnen Scenen sich bunt abwechseln; Tendenz zu Suicidium und Homicidium, Degeneration des Geschlechtstriebes, Verfolgungswahn, Grössendelirien und Wahn der rechtlichen Beeinträchtigung! Der Fall ist ein typisches Beispiel für die von Morel entwickelte Theorie der Hypochondrie, wie dieselbe oben auseinander gesetzt worden ist. Er nennt diesen Kranken einen Hypochonder (aliéné hypochondriaque) und bezeichnet den Fall selbst als merkwürdig. Auffallend ist zweifellos das Krankheitsbild, wenn auch Verfolgungswahn und Grössendelirien temporär im Verlaufe der Hypochondrie auftreten können, ohne dass dieselbe darum als eigentliche Paranoia angesehen werden muss. Hervorzuheben ist aber auf jeden Fall, dass die hypochondrische Verstimmung das Primäre ist und die Absicht zum Selbst- und Menschenmord nicht direkt Folge des Verfolgungswahnes ist, sondern als eine „Tendenz" auftritt, welcher der Kranke zu entfliehen sucht.

Der Symptomenkomplex des raptus melancholicus, welcher ausser bei typischer Melancholie häufig bei Neurasthenie, Alcoholismus chronicus, Hysterie u. s. w. vorkommt, wird auch zuweilen bei der Hypochondrie beobachtet. Wohl meist finden die Akte der gewaltsamen Selbstvernichtung von Hypochondern im raptus melancholicus statt, jenem qualvollen psychischen Spannungszustande mit heftiger präcordialer Angstempfindung, auf dessen Höhe Apperzeption und Ideenassoziation fast aufgehoben sind und schreckhafte Halluzinationen das Selbstbewusstsein temporär aufheben und die Deliranten im höchsten Affekte der Verzweiflung zu de-

struierenden Gewalthandlungen treiben können. Schüle sagt darüber, dass an Heftigkeit und Plötzlichkeit des Antriebes wenige psychopathische Zustände mit dieser hypochondrischen Verrücktheit wetteifern. Alle Kranken dieser Art seien deshalb eminent gefährlich und zwar nicht nur gegen sich, sondern auch gegen Andere. Wie gefährlich hypochondrische Irrsinnige in solchen raptusartigen Anfällen, den sogenannten hypochondrischen Angstkrisen, werden können, zeigt ein lehrreicher Fall von Esquirol,*) welchen derselbe in seiner interessanten Abhandlung über die Mordmonomanie (monomanie homicide) mitteilt. Hier erzählt er auch ein Beispiel, wie in der Hypochondrie die monomanie homicide, in moderner Bezeichnung „impulsiver Mord", vorkommen kann. Bevor ich aber auf diese beiden Fälle näher eingehe, ist es erforderlich, einige theoretische Bemerkungen über die Monomanie homicide einzuschalten, zumal Esquirol als hauptsächlichster Vertreter dieser Theorie vom „partiellen Delirium" angesehen wird.

Esquirol lehrt, dass die partielle Geisteskrankheit nicht immer Störungen in der Intelligenz zur Folge habe. Manchmal sei nur die Gefühlssphäre alteriert oder beobachte man Störungen in den Handlungen.

Nach dem Gegenstand, um den es sich im Delirium handelt, bekommt die Monomanie ihren Namen. So werden unter den anderen eine monomanie érotique, religieuse, suicide und homicide unterschieden. Auch die Hypochondrie selbst rechnet er zu den Monomanieen (monomanie hypochondriaque) und unterscheidet sie scharf von der Melancholie.

*) Esquirol, Mémoire sur la monomanie homicide. Tome II. in seinem Werke „les maladies mentales."

Unter den Mordmonomaniaci unterscheidet er zwei Arten. In einigen Fällen wird der Mord durch eine delirierende Überzeugung oder falsches Raisonnement hervorgerufen und der Monomaniakus zeigt stets Symptome eines partiellen Deliriums der Intelligenz oder der Neigungen. In anderen Fällen sind diese Störungen nicht vorhanden, sondern der Kranke wird durch einen blinden Instinkt, durch irgend etwas Unerklärliches (par quelque chose indéfinissable) dazu getrieben.

Der heutige Standpunkt der psychiatrischen Wissenschaft erkennt diese Theorie von den Monomanien nicht mehr an, da ihr eine partielle Geistesstörung unmöglich erscheint. Sie erklärt die impulsiven Akte der monomanie instinctive als Einzelsymptome oder periodische Äusserungsweisen eines degenerativen Geisteszustandes. Doch Esquirol war sich der Tragweite seiner Lehre wohl bewusst. Gegen Schluss der zitierten Abhandlung bemerkt er, dass für ihn das Wort Monomanie weder ein System noch eine Theorie bedeute, sondern nur die Benennung einer Thatsache sei, die von Ärzten zu allen Zeiten beobachtet worden wäre.

Der erste der von Esquirol als „monomanie homicide" mitgeteilten Fälle betrifft einen Advokaten von cholerischem Temperament, mit einem träumerischen schweigsamen und eifersüchtigen Charakter, der im 32. Jahre hypochondrisch wird. Das Leiden wird schlimmer: Kardialgie, Koliken, Ziehen in den Gliedern, Kopfschmerzen quälen ihn. Er liest medizinische Bücher und wird überzeugt, dass er an einer alten syphilitischen Affektion sterben muss. Religiöse Tröstungen beruhigen ihn nicht in seinen Beängstigungen. Eine

Consultation von mehreren Ärzten bringt insofern eine günstige Wirkung hervor, als die Einbildungen des Kranken beruhigt werden und er an eine vollständige Heilung glaubt. Aber in der folgenden Nacht ist er wieder sehr unruhig; Klagen und Seufzer fangen wieder an. Am anderen Morgen macht er sein Testament, ist still und einsilbig. In der Nacht ist er wieder sehr aufgeregt, verlässt sein Bett und macht einen Selbstmordversuch, indem er aus dem Fenster zu springen versucht. Nach einigen Tagen wird er ruhiger, bis ein neuer Paroxysmus auftritt, dem Selbstanklagen folgen, dass er seine Frau und Kinder unglücklich gemacht habe.

Später verweigert er Nahrungsmittel zu sich zu nehmen aus Furcht vergiftet zu werden. Nach Wochen mit abwechselnder Ruhe und Aufregung tritt eines Morgens sein zwölfjähriger Schwager in sein Cabinet. Der Kranke fasst ihn, als wolle er mit ihm spielen, bei den Haaren, führt ihn spielend zu seinem Bureau, lässt aber dort den Knaben los, indem er sagt: „Es lohnt sich nicht der Mühe“ (il n'en vaut pas la peine). Am folgenden Morgen spielt sich ein grässliches Drama ab. Der Kranke geht mit seiner Frau in den Keller, unter dem Vorwand, denselben zu besichtigen. Einige Augenblicke später geht die Schwägerin des Kranken, ein junges Mädchen von 20 Jahren, ebenfalls in den Keller, da sie ihre Schwester und ihren Schwager nicht herauskommen sieht. Niemand kommt zurück. Das lange Ausbleiben beunruhigt eine Magd, die, nachdem sie kaum einige Stufen hinabgestiegen war, die jungen Weiber in ihrem Blute schwimmend findet. Der Unglückliche geht auch auf sie los, aber sie läuft schnell zurück und schreit um Hilfe. Alles stürzt herbei, man

läuft zum Eingange des Kellers, aber keiner wagt hinabzusteigen. Endlich fasst ein junger Mann den Mut dazu. Der geisteskranke Mörder hatte sich in einem Winkel des Kellers hinter Tonnen verborgen; das Rasiermesser lag einige Schritte vor ihm. Er lässt sich ergreifen und zum Stadthospital führen. Der Prozess wird ins Werk gesetzt und die Geisteskrankheit konstatiert. Der Kranke wird nach Charenton (der Irrenanstalt, die unter Esquirols Leitung stand) gebracht, und hier spricht sich derselbe über die Ursachen der beiden schrecklichen Mordthaten aus. Bald sagt er: „dass der Keller auf eine wunderbare Weise erhellt gewesen sei und dass die beiden Damen Teufel gewesen wären, welche sich seiner bemächtigen wollten," bald erklärt er: „dass er nicht gewusst habe, was er gethan." Er gesteht, dass er das Dienstmädchen wahrscheinlich auch umgebracht haben würde, wenn sie sich nicht so schleunig gerettet hätte. Sein Geisteszustand klärt sich wieder auf, aber für das Andenken an jene Mordthat bleibt er unempfindlich. Er wird in einer Pflegeanstalt untergebracht. Nach einigen Jahren gelangt er wieder in Freiheit und eröffnet er wieder sein Geschäftsbureau. Zehn Jahre später nach dem ersten bricht ein neuer Krankheitsfall aus und er versuchte seine Frau aus dem Fenster zu stürzen. Er wurde in ein Krankenhaus gebracht und stirbt dort im fürchterlichsten Delirium und in schrecklicher Verzweiflung. Er glaubte sich von Gott wegen seiner Missethaten verdammt und suchte die zu töten, die sich ihm näherten.

In dem anderen Beispiele, das noch kurz erwähnt werden soll, handelt es sich um eine hypochondrische Frau, welche in ihren Qualen den Tod als das einzige

Mittel anruft, das sie von ihren schrecklichen Ideen und von ihrer fürchterlichen Angst befreien kann. Bei Tische sagt sie einmal zu den Personen ihrer Umgebung: „Da sind Messer, ich könnte sie nehmen und Euch töten.“ Ihre Schwägerin sagte eines Tages lachend zu ihr: „Töte mich, ich fürchte nichts.“ Das machte auf die Kranke einen schlechten Eindruck und sie zeigte von da an Hass gegen ihre Schwägerin. Erst später lässt sie sich bestimmen, sie wieder zu sehen. Nach einiger Zeit Ruhe treten die Qualen wieder auf; dieselben physischen Symptome und fixen Ideen entwickeln sich wie das erste Mal. Im 32. Jahre wird sie gravide; die erhoffte Besserung durch die Entbindung tritt nicht ein. Allerhand religiöse Übungen helfen nicht. Die Qualen steigern sich; die Kranke geräth in grösste Angst, so dass sie sich töten will, um ihrem Leiden ein Ende zu machen. In Esquirols Behandlung beruhigt sich endlich ihre Einbildungskraft und ihr physischer Zustand bessert sich. Zum Schluss bemerkt Esquirol: „Aber ein geringer Umstand regt sie wieder auf und erweckt in ihr den Wunsch, Messen lesen zu lassen. Diese Beobachtung ist merkwürdig, weil sie beweist, dass der Antrieb zum Morde eine fixe Idee ist, die, wie es bei einigen Monomaniaci beobachtet, durch jede andere krankhafte Beschäftigung des Geistes ersetzt werden kann.“

III.

Wie verschieden auch die im vorigen Abschnitt abgehandelten Krankeitsformen sein mögen und namentlich abweichende Motive für die Gewalthandlungen bieten, so stimmen sie doch alle vier darin überein, dass mit dem Homicdium resp. dem Versuch dazu immer die Tendenz zum Suicidium besteht, welche auf einer hypochondrisch-psychopathischen Basis sich gründet. Die Verzweiflung an der eigenen Gesundheit, die Sehnsucht nach dem Tode geht entweder voraus oder tritt zusammen mit der Neigung zum Menschenmord auf. Es ist daher gerechtfertigt, diese Krankheitsbilder in einer besonderen charakteristischen Gruppe susammenzustellen und die forensiche Bedeutung des hypochondrischen Verfolgungswahns, der zwar auch episodisch in dem Falle von Morel auttritt, gesondert zu besprechen.

In den einleitenden theoretischen Bemerkungen wurde hervorgehoben, dass von manchen Psychiatern die Hypochondrie als eine Form der Paranoia angesehen wird; andere geben ihr eine mehr selbständige Stellung, unterscheiden aber im Genaueren die Hypochondrie simplex oder hypochondrische Neuropsychose von der hypochondrischen Verrücktheit. Die Kriterien dieser Unterscheidung werden verschieden angegeben. Krafft-Ebing z. B. gründet den Unterschied darauf, dass in der hypochondrischen Verrücktheit die Interpretation der Sensationen höchst absurd, psysikalisch und medizinisch unmöglich seien, und auch der letzte

Rest von Besonnenheit verloren gehe. Jolly nimmt hypochondrische Verrücktheit an, wenn sich Verfolgungs- und Grössendelirien einstellen. Doch unterscheidet er, wie schon früher bemerkt wurde, dieselbe von anderen Formen der Verrücktheit, in denen auch Verfolgungs- und Grössenideen auftreten, dadurch dass im ersteren Falle doch immer übertriebene Besorgnisse bezüglich der körperlichen Zustände bestehen und auch in den Wahnideen der Kranken sich vorwiegend das Bestreben spiegelt, alle möglichen äusseren Vorgänge auf den eigenen Körper zu beziehen.

Es ist eine allgemeine Erfahrung, dass die Paranoia auf einer erblich belasteten Grundlage entsteht, dass im Speziellen gewisse Formen des Verfolgungswahnes auf hypochondrisch-psychopatischer Constitution sich aufbauen, ja mit typischer Hypochondrie verbunden sein können. Wenn ich auch die weitgehende Theorie Morels über die folie hypochondriaque nicht anerkennen kann und von dieser Erörterung alle die Fälle ausschliessen muss, wo es sich um imaginierte Schädigung von ideellen und reellen Gütern, wie Ruf, Ehre, Recht und Besitz handelt, so ist es doch vom kriminal-forensischen Standpunkt aus gerechtfertigt, den hypochondrischen Verfolgungswahn, der meist unter dem Gesichtspunkte der Krankheitsform „Paranoia" betrachtet wird, in Hinsicht seines spezifisch-hypochondrischen Elementes einer besonderen Erörterung zu unterziehen, namentlich diejenigen Fälle, in welchen die hypochondrische Alteration Mittel- oder Ausgangspunkt der Krankheit darstellt und die Verfolgungsideen secundär hinzutreten.

Morel*) wirft die Frage auf, ob in der Entwick-

*) Morel, Traité etc. p. 703." „Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypochondrie."

lung des Verfolgungsdeliriums die eigentliche hypochondrische Affektion prädominiere oder durch die Natur des Deliriums verdeckt werde. Seine Antwort lautet dahin, dass er in vielen Fällen die Hypochondrie habe vorausgehen sehen, in welcher die abenteuerlichsten Vorurteile über eine imaginierte körperliche Krankheit gehegt wurden; dass er aber auch andrerseits die Krankheit von vornherein als eine „mehr intellektuelle Störung" habe auftreten sehen, in welchen die Kranken allerhand Anzettelungen und Machinationen fürchteten. So erzählt er von einem Hypochonder, der wichtige Ämter bekleidete; dessen erste Sorge beim Aufstehen war, seinen Urin zu betrachten, seine Dejektionen mit dem Mikroskop zu untersuchen und die Nahrungsmittel zu prüfen. Bevor er sich zu seiner Beschäftigung begab, durchrannte dieser Hypochonder (qu occupait une chaire dans le haut enseignement) in verschiedenen Richtungen die Stadt, um seine Feinde aufzuspüren; er stiess die Leute, die ihm verdächtig schienen, mit dem Ellenbogen an und spie vor ihnen aus, um ihren verpesteten Atem nicht einzuatmen. Er glaubte die Polizei auf sich gehetzt. Wenn er Abends heimkehrte, verbarrikadierte er sich mit den Nahrungsmitteln, welche er bald hier, bald dort gekauft hatte, um die Complotte seiner Feinde zu nichte zu machen. Während hier Hypochondrie und Verfolgungswahn von vornherein verbunden sind, geht im folgenden Krankheitsbild die Hypochondrie unzweifelhaft voraus. Dieser Fall betrifft eine militärisch hochgestellte Persönlichkeit, welche an einer leichten Larynxaffektion litt, die in der Einbildung des Kranken ungeheuerliche Formen annahm; schliesslich bildete sich bei dem Kranken ein Verfolgungswahn aus, indem er seine krankhaften Sensa-

tionen als Wirkungen der ihn verfolgenden Diener auffasste.

Morel weist darauf hin, dass er unzählige solche Beispiele anführen könne, wo das hypochondrische Element vorausgegangen und in der Entwicklung der Krankheit durch ein sekundäres Verfolgungsdelirium wie verdeckt worden sei. Andrerseits sei es aber gar nicht nötig, dass die falschen Überzeugungen inbezug auf die physische Gesundheit die Situation beherrschen, um berechtigt zu sein, der hypochondrischen Neurose das dèlire des persécutions zuzurechnen. Der Übergang ins Verfolgungsdelirium bilde sich viel häufiger bei solchen Individuen aus, deren Hypochondrie latent sei, die aber ein hypochondrisch-nervöses Temperament besässen.

Diese von Morel entwickelte Lehre von der Transformation der Hypochondrie beruht auf einer allgemein bekannten psychiatrischen Beobachtung.

Im Allgemeinen sind die Ansichten über das Verhältnis der Hypochondrie zur Verrücktheit wohl dahin zusammenzufassen, dass es sowohl möglich ist, dass die einfachen hypochondrischen Vorstellungen sich allmählich zu verrückten Vorstellungen, im Speziellen zu Verfolgungsdelirien entwickeln, als dass auch oft von vornherein die hypochondrischen Imaginationen als persekutorisch charakterisierte Wahnideen auftreten können, d. h. dass von Beginn der Erkrankungen die abnormen Sensationen und Schmerzen den Einwirkungen äusserer Einflüsse zugeschrieben werden. Die Entwicklung des hypochondrischen Verfolgungswahnes ist wohl meist mit dem Auftreten von Gesichts- und Gehörshalluzinationen verbunden und im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass die hypochondrischen Sensationen

und die durch die Halluzinationen und Illusionen der Gemeinempfindung oder auf einem anderen Wege in dem Bewusstsein des Kranken hervorgerufenen falschen Vorstellungen über die Gesundheit und Beschaffenheit seines körperlichen Organismus als das Resultat äusserer Einwirkungen angesehen werden. Der Kranke sucht die Ursache seiner Affektion nicht mehr im eigenen Körper, sondern projiziert sie in die äussere Umgebung; dadnrch geräth er in eine wahnhaft veränderte Stellung zur Aussenwelt, sei es zu den natürlichen Kräften oder den Personen seiner Umgebung. Der Standpunkt, von dem er seine Krankheit beurteilt und seine Handlungen motiviert, ist vom gesunden normalen abgewichen, er ist „verrückt."

Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit, das vielumfassende Gebiet des forensisch so eminent wichtigen Verfolgungswahnes ausführlich zu erörtern. Hier kommt es nur darauf an, die inneren Beziehungen der hypochondrischen Seelenstörungen zum hypochondrischen Verfolgungswahn festzustellen. Ausserdem ist dieses Gebiet der gerichtlichen Psychopathologie so gründlich bearbeitet, dass kaum neue Gesichtspunkte gewonnen werden können. Nur der Vollständigkeit wegen und um die auffallende Verschiedenheit des hypochondrischen Verfolgungswahnes gegenüber jenen im vorigen Abschnitt geschilderten Gewalthandlungen auf hypochondrischer Grundlage ins rechte Licht zu setzen, sollen einige Formen, besonders inbezug auf ihr hypochondrisches Element, kurz besprochen werden.

Während in den früher beschriebenen Fällen schmerzliche Gefühle mit destrucktiven Wahnideen, raptusartige Anfälle oder impulsive Antriebe die Motive zu den Gewaltakten lieferten, wird der hypochon-

drische Verfolgungsdelirient unmittelbar durch die Vorstellung der Verfolgung und Beeinträchtigung seiner vitalen Existenz zu aggressiven Thaten getrieben. Der Kranke handelt bei vollem Bewusstsein und mit Absicht, in dem wohl überlegten Plane, sich den Verfolgungen zu entziehen und seinen Feinden ein Ende zu bereiten. Es sind emotionelle Reaktionsformen einer vermeintlichen Notwehr, deren pathologische Begründung sich aus der wahnhaft veränderten Beziehung zur Umgebung ergiebt. Im Wesentlichen sind es zwei Varietäten des hypochondrischen Verfolgungswahnes, die besonders hervorgehoben werden sollen, in denen spezielle Ursachen und Beziehungen der Krankheit ein eigentümliches Gepräge und besondere forensische Bedeutung geben.

Bekanntlich sind funktionelle Überreizungen der Geschlechtsorgane sehr häufig die Ursache von hypochondrischen Affektionen, die dann mit neurasthenischen Erscheinungen sich zu combinieren pflegen. Durch psychische Momente, wie z. B. durch die Lektüre populärmedizinischer Bücher über die Gesundheitsschädlichkeit der Onanie werden sie in ihren hypochondrischen Befürchtungen gestärkt. Solche durch geschlechtliche Exzesse geschwächte Kranke beziehen oft die im Bereiche der sexualen Organe empfundenen Schmerzen und abnormen Sensationen sowie die dadurch hervorgerufenen Störungen des Gemeingefühls auf den geschlechtlichen Akt selbst resp. sehen sie in den Personen das ursächliche Moment, mit denen sie geschlechtlichen Umgang gepflogen haben. Sie glauben in denselben Feinde zu haben, welche sie schädigen, verhexen und verzaubern wollen. Diese Kranken können mitunter sehr gefähr-

lich werden und wie die casuistischen Mitteilungen*) darthun, Mord, Brandstiftung und andere Gewalthandlungen begehen.

Die andere Varietät des hypochondrischen Verfolgungswahnes, der hier Erwähnung finden soll, greift in das Gebiet der medizinischen Praxis. Schon im Stadium der sogenannten einfachen Hypochondrie besteht oft infolge des Misstrauens der Kranken ein gespanntes Verhältniss zwischen Patient und Arzt. Der Kranke läuft von einem zum anderen Arzt und will Krankheit und Behandlungsweise besser kennen als der Sachverständige. Verwandt mit diesem Misstrauen und dieser Wankelmütigkeit, wenn auch bedeutend gesteigert, ist das Verhältnis des hypochondrischen Verfolgungswahnes, wenn der Kranke den Arzt einer falschen Behandlungsweise oder einer Gesundheitsschädigung anklagt und gar argwöhnt, dass der Arzt mit seinen therapeutischen Massnahmen ihn ums Leben bringen will. Gerichtliche Klagen, Prozesse, selbst gewaltthätige Handlungen, wie Mordangriffe, können sich anfallsweise auf dieser Basis entwickeln.

E. Lorent**) teilt einen diesbezüglichen interessanten Fall mit, der einen Mechaniker von 49 Jahren betrifft, einen Mann von reizbarer Sensibilität, verbunden mit geistiger Beschränktheit und daraus entspringender psychischer Reizbarkeit. In körperlicher Hinsicht zeigt sich eine grosse Empfindlichkeit gegen Schmerz. Der

*) Maschka's Handbuch, Gerichtl. Psychopathologie, Beobachtung 9 und 10. Von Krafft-Ebing, Gerichtl. Psychopathologie S. 136—138.

**) Lorent, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1877. XXXVII p. 589—594. Ein ähnlicher Fall bei von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Ger. Psychopathologie S. 145.

Mann leidet an einem Panaritium. Der Arzt macht einen Einschnitt, um den Eiter zu entleeren; der Kranke zieht in seiner grossen Empfindlichkeit den Finger zurück, infolge dessen der Schnitt misslingt. Ein zweiter Arzt wiederholt die Operation; er legt dieselbe Empfindlichkeit zu Tage. Der Kranke hat medizinische Bücher gelesen, kommt zu übertriebener Furcht inbezug auf den Ausgang der Krankheit und äussert Angst für die Zukunft. Er fürchtet, dass der kalte Brand hinzutreten könne und bildet sich selbst eine Theorie, wie der Finger behandelt werden müsse. Der Kranke äussert: „Nun haben sie mir da den Finger zerschnitten, sie werden noch so lange schneiden, bis nichts mehr übrig bleibt, den Arm müssen sie auch noch abschneiden.“ Er glaubt, dass die Ärzte ihn falsch behandeln, ihm absichtlich den Schmerz zufügen und ein Complott gegen ihn seien. Es steigt in ihm der Gedanke auf, sich an den Ärzten zu rächen und ihnen ebenfalls Schmerzen zu bereiten. Er sagt: „Ich sollte die Ärzte ums Leben bringen, weil sie mir meinen Finger verdorben haben. Ich unglücklicher Mann, was soll aus mir werden?“ — Beim nächsten Krankenbesuch schiesst er den Arzt, während derselbe seine Hand verbindet, in den Unterschenkel.

Aus dem ausführlichen Gutachten, das von Lorent und zwei anderen Sachverständigen abgegeben wurde, hebe ich folgende Stelle wegen ihrer forensischen Wichtigkeit hervor: „Die That erscheint wohl als eine Handlung der freien Wahl mit dem Motive der Wiedervergeltung für zugefügte vermeintliche Unbilden, allein sie geschah, wenn auch absichtlich, doch ohne besonnene Ueberlegung; denn die Fähigkeit der Selbstbestimmung für die Tragweite der Thatsache fehlte, das volle Be-

wusstsein ist durch den körperlichen und psychischen Zustand beeinträchtigt, das moralische Gefühl unterdrückt.“ —

Dieses Krankheitsbild bietet neben seiner criminalforensischen Wichtigkeit auch ein klinisch-psychiatrisches Interesse. Hier ist die Hypochondrie das Primäre und erst sekundär schliessen sich Wahnideen der Verfolgung an. Ist nun dieser Fall zur Hypochondrie oder zur Paranoia im Sinne des hypochondrischen Verfolgungswahnes zu rechnen? — Man muss annehmen, dass die Übergänge zwischen beiden oft fliessende sind; aber ich betone, dass die forensische Beurteilung in solchen Fällen besonders auf die hypochondrische Motivierung solcher Wahnideen Rücksicht nehmen muss. Hier sehen wir eine ausgeprägte hypochondrisch-psychopathische Constitution in ihrer Prädisposition für episodische Anfälle von Wahnideen; eine verhältnismässig unbedeutende Gelegenheits-Ursache braucht nur den krankhaft veranlagten psycho-physischen Organismus zu treffen, damit dieser mit einer hypochondrischen Verstimmung und Verfolgungswahn reagiert.

IV.

Zum Schluss teile ich noch den oben näher besprochenen Fall von Hypochondrie mit intendiertem Mord und versuchtem Selbstmord mit, soweit derselbe in der Freiburger Psychiatrischen Universitäts-Klinik beobachtet worden ist. Zugleich bemerke ich, dass dieser Fall zu den Beobachtungen über Behandlung von Kropfbildung mit Thyreoidea gehört, über welche Dr. Reinhold in der Münchener Medizinischen Wochenschrift (1894) berichtet hat.

B. H., 36 Jahre alt, ledig, katholische Landwirtstochter.

Anamnese: Die Mutter der P. war ca. 20 Jahre lang geisteskrank (Melancholie?) und ist im Sommer vorigen J. gestorben, 8 Tage, nachdem sie in eine Grube gefallen war. Vater und 5 Geschwister leben und sind gesund. Die P. selbst war bis zum 13. Jahre gesund und erkrankte dann plötzlich an einer leichten Geistesstörung (scheinbar melancholische Verstimmung), welche ungefähr 14 Tage anhielt. Von da an war sie gesund bis zum Mai vorigen J. Die Lebensweise war regelmässig, die Beschäftigung leicht. Eine genauere Ursache der Erkrankung ist ausser der hereditären Belastung vielleicht noch in einer psychischen Erregung (darüber, dass ein Bruder zum Militär musste) zu suchen. Die Stimmung der P. wurde allmählich deprimiert, sie begann ohne Grund zu weinen, meinte, es wäre nicht mehr im Kopf (?), glaubte, sie werde nicht mehr gesund. Zeitweise stellte sich Appetit-

losigkeit ein; Äusserungen, wie: „ich esse nichts mehr", sind wiederholt Seitens der P. gefallen. Eine auffallende Gedächtnisabnahme ist nicht vorhanden; die P. erinnert sich im Gegenteil an einzelne Sachen aus dem früheren Leben ganz gut. Vor einigen Wochen hat sich P. unbemerkt auf einen Heuboden begeben, erklärte, als man sie dort auffand, sie gehe nicht mehr herunter, dort oben wolle sie sterben. Sie folgte aber schliesslich willig. — Es waren dazwischen Zeiten vorhanden, wo P. sich ganz wohl fühlte, wo auch angeblich keine Störung auffiel. Sie versah fast immer die Hausarbeiten, in letzter Zeit auch wieder die Feldarbeit.

Status praesens und Decursus: Die P. wird von einem Bruder in die Klinik gebracht, ist orientiert über Ort und Zeit; fühlt sich krank, wenn sie auch das Bestehen eines „Kopfleidens" nicht unumwunden zugiebt. Sie ist ordentlich gekleidet und sauber gehalten. Sie spricht nur wenig, schweigt auf viele Fragen, zeigt aber oft, statt einer Antwort, unmutige Bewegungen in den Armen und Beinen (choreatische?). Sie folgt willig auf die Abteilung.

15. IV. P. hat, wie sie sagt, in der Nacht nicht gut geschlafen; überhaupt geht es ihr nicht gut. Sie meint, der Magen sitze ihr im Hals und steige immer noch weiter hinauf. Fragen bezüglich eines Globus werden verneint. Weiterhin sei aber das Gehör aus dem Gehirn nach und nach heruntergefallen; es bewegt sich nach unten zu, umgekehrt, wie sich der Magen nach oben bewegt. Das linke Ohr ist ganz tot. Rechts hört sie noch etwas. P. betont fortwährend, wenn sie früher hergekommen wäre, hätte sie noch gesund werden können; jetzt sei es zu spät. Angst habe sie nicht;

aber inwendig und im Kopf sei es nicht recht; es sei alles verschoben: sie habe kein Herz mehr; sie habe keine menschliche Empfindung mehr, kein Leid und keine Freude mehr. —

Körperliche Untersuchung: Unter Mittelgrösse; mässiger Ernährungszustand. Kopf und Gesicht ohne auffallende Difformitäten. Keine Druck- und Schmerzpunkte. Geringe Struma. Halsumfang 37 cm. Bezüglich der Lungen erscheint l. v. o. der Schall etwas abgekürzt; keine Rasselgeräusche. Herzspitzenstoss nicht zu sehen und zu fühlen. Herzdämpfung normal. Der erste Ton unrein. Abdomen ohne Besonderheiten. Bauchdeckenreflex sehr gesteigert. Keine Ovarie. Patellarsehnenreflex sehr lebhaft. Sensibilität intakt. Pupillen sind gleich weit und reagieren prompt. Rachenreflex ist vorhanden. Urin: spez. Gew. 1011, ohne Eiweiss und Zucker. Gehör: Mit dem linken Ohr hört P. eine Taschenuhr auf 70 cm ticken, mit dem rechten auf eine Entfernung von 80 cm. Im l. Ohr klagt sie noch über Sausen. Im l. äusseren Gehörgang finden sich erhebliche, sehr harteingetrocknete Cerumminalmassen, nach deren Entfernung das Trommelfell etwas injiziert erscheint. Der r. äussere Gehörgang ist frei, das Trommelfell normal. Gewicht: 44,7 Kgr.

17. IV. Auffallender Stimmungswechsel; kann bei der Begrüssung ganz freundlich lachen, um bald darauf zu weinen; ist recht einsilbig. Schlaf nach Angabe der P. nicht zufriedenstellend. Nahrungsaufnahme gut.

22. IV. Sehr wenig ausgiebig: sie behauptet aber, bezüglich des Herzens keine Ideen gehabt zu haben; ihre Angaben beruhen auf Wirklichkeit. Gew. 45,5 Kgr.

26. IV. P. ist ruhig, still für sich und wenig mit anderen Patientinnen; beschäftigt sich mit Handarbeit.

Gelegentlich der Ohrausspülung meint sie heute, wenn sie nur früher — vor einem Jahr — hergekommen wäre, dann hätte sie noch gesund werden können; aber jetzt sei keine Hoffnung mehr vorhanden. Der Behandlung ihres Ohres scheint sich P. mit einer gewissen Befriedigung zu unterziehen. Ueber Schmerzen klagt sie nicht. Bei der Unterhaltung zeigt sie noch immer Verlegenheitsbewegungen (?).

29. IV. P. erhält 7 Gr. Hammelschilddrüse. Halsumfang 37 cm.

4. V. Ueber irgend eine Störung des Allgemeinbefindens wird nicht geklagt. Messung des Halses ergiebt 36 cm.

13. V. P. nunmehr den Tag über auf der ruhigen Abtheilung, beschäftigt sich mit Handarbeiten, ist still für sich, spricht nur wenig und verfällt bei Anreden leicht in eigentümliche Bewegungen, welche sich im Gesicht, besonders aber in Armen und Beinen abspielen. P. nimmt 3,5 Hammelschilddrüse. Halsumfang 36 cm.

6. V. Gewicht 44,8 Klgr.

12. V. Gewicht 45,0 Klgr.

20. V. Gewicht 45,0 Klgr.

22. V. Halsumfang 35 cm. P. behauptet, nichts essen zu können, weil „es“ ihr vom Magen aus heraufsteige.

31. V. Heute wiederum Hammelschilddrüse 6,5 gr. Halsumfang 35 cm.

27. V. Gewicht 46,0 Klgr.

2. VI. P. erklärt, es werde nicht besser; der Doktor, welcher sie hergeschickt habe, sei noch dümmer, wie sie gewesen; auch von ihr sei es dumm gewesen, dass sie hergegangen sei.

Anm. Eine Bekannte der P., welche letztere besuchte, gab zur Anamnese noch an, dass die P. zu Hause einmal den Versuch gemacht habe, ihre Mutter in den Rhein zu stürzen und zu ertränken. Die E. P., über dieses Vorkommniss befragt, giebt weiter an, sie habe sich zugleich mit der Mutter umbringen wollen; es habe ihr der Tod für sich und für die Mutter das Beste gedünkt.

5. VI. Die hypochondrischen Klagen der P. bestehen noch immer. sie sagt, sie könne sich zwar nicht vorstellen, wie die Ohren oder vielmehr das Gehör, die „inneren Ohren" aus dem Gehirn heruntergefallen seien, aber es sei sicher so; das Gehör sässe unten und umgekehrt, der Magen oben. Bezüglich des Herzens scheint ihre Ansicht ein wenig erschüttert zu sein, denn sie sagt: ich weiss nicht, ob ich ein Herz habe.

1. VI. Gewicht: 45,8 Klgr.

6. VI. Bei einer erneuten Untersuchung des Gehörs erweist sich der linke äussere Gehörgang wieder mit reichlichem Cerumen ausgefüllt. Nach der Entfernung sieht man das Trommelfell etwas gerötet. Mit dem l. Ohr hört P. eine Uhr auf 71 cm, mit dem r. auf 91 cm. Entfernung ticken. Schmerzen bestehen nicht. Halsumfang 34,25 cm.

7. VI. Klinische Vorstellung. P. äussert sich über ihre Wahnvorstellungen nur auf eingehendes Befragen; sie hat auch Furcht vor dem Staatsanwalt (wahrscheinlich wegen des intendierten Muttermordes).

11 VI. P. ist sehr still und wenig mitteilsam, fängt an, unvollständig zu essen. Bestimmter Grund nicht aufzufinden.

14 VI. Klinische Vorstellung. P. bestätigt auf Befragen, dass sie Kälte im Kopfe habe; auch die Arme

seien nicht gesund. Das Essen schmecke nicht ordentlich (Zungenbelag, Obstipation); sie habe auch viele Winde, auch „versetzte Winde“; sie möchte wohl gesund werden, hat aber keine Hoffnung hierzu. Der Schlaf sei nicht gut, in den Beinen „gröbele“ es (Ameisenkriechen), plötzliche Hitze und Kälte jage sie auf, sie fühle sich überhaupt sehr abgeschlagen.

16 VI. P. bejaht lachend die Frage, ob sie das Herz wieder habe.

21. VI. Entschiedene Aufhellung der düsteren Mienen; erwidert freudig die Begrüssung.

23. VI. 7,5 gr. Thyreoidea.

25. VI. Halsumfang 34,0 cm. P. macht einen psychisch viel freieren Eindruck; giebt auch selbst zu, dass es ihr viel besser gehe und scheint auch wieder Hoffnung zu haben, ganz zu genesen.

28. VI. Es gehe jetzt wieder so ziemlich; allein zu Hause habe sie es auch schon gesagt, sie sei ein „Simpel“. „So ist's auch und dabei bleibt's.“

6. VII. Die bessere Stimmung hält sich. „Das Herz ist wieder da“, sagt die P. bei entsprechender Frage mit lachendem Gesicht. Bezüglich des Gehirns beobachtet P. immer noch eine gewisse Reserve, lacht aber auch, wenn man sie in dieser Beziehung fragt.

17. VII. P. kann mitunter lachen und fidel sein, beschäftigt sich mit Handarbeiten.

22. VII. P. schreibt einen Brief an ihren Vater; sie schlägt zwar auch heute noch den früheren Ton an, dass sie nicht mehr gesund werden kann, vergisst aber dann, nachdem sie sich in sorgsamer Weise nach Einzelheiten der Haushaltung erkundigt, ihre melancholisch-hypochondrischen Gedanken und sagt: „sie fühle sich hier sehr heimisch,“ schliesst dann allerdings

mit den Worten: „Wenn ihr nicht wäret, meine Lieben, so wäre es mir gleichgültig, ob man mich in eine andere Anstalt oder ins Zuchthaus bringt, — das würde ja die S. (d. h. die Einwohner ihrer Heimatstadt) noch mehr freuen.“

20.—30. VII. Menses. Während des Monats ist das Körpergewicht auf 47,7 klgr. gestiegen.

4. VIII. P. beginnt den Wunsch nach Entlassung zu äussern.

9. VIII. Zeigt sich munter und vergnügt bei der Hand- und Hausarbeit.

10. VIII. Äussert sich heute in ruhiger Weise über die ernsten Vorkommnisse zu Hause, bestätigt ausdrücklich dem Herrn Prof. gegenüber, dass sie ihre Mutter und sich selbst damals habe ins Wasser stürzen wollen, weil sie ihrer beider Gesundheit für unrettbar verloren angesehen habe. P. sieht jetzt die damalige Gemütsverfassung als eine krankhafte an, überschaut auch den Ernst der Lage und erscheint bezüglich der Entlassung geduldig.

17. VIII. P. wird einer mässigen, allmählich sich steigenden Kaltwasserbehandlung unterzogen, was derselben ausserordentlich wohl bekömmt.

28. VIII. Von Zeit zu Zeit wird immer lebhafter der Wunsch nach Entlassung geltend gemacht (auch brieflich, ebenso wie bei Besuchen).

18—22. VIII. Menses. Gewicht auf 49,0 klgr. gestiegen.

2. IX. P. sagt, der Herr Prof. traue ihr nicht so viel zu, als sie sich selbst; sie sei gesund und könne heim.

17. IX. P. zeigt dauernd ein normales Verhalten, vollständige Krankheitseinsicht und wünscht entlassen zu werden.

23. IX. Unverändert; körperliches Wohlbefinden.

30. IX. P. schreibt einen ordentlichen Brief nach Hause, welcher unter Anderem den Passus enthält: „wenn ich noch längere Zeit hier bleiben muss, so möchte ich lieber aus gewissen Gründen zweiter Klasse". (Es stellt sich heraus, dass sie das deshalb wünscht, weil sie nicht mehr in den Hörsaal möchte.)

6. X. P. macht auf Befragen wiederholt die Mitteilung, dass sie ihre Mutter, um sie umzubringen, in eine Grube geworfen habe, auch sich selbst habe ums Leben bringen wollen. Die Mutter sei dann infolge dieses Vorkommnisses gestorben. P. verhält sich im Übrigen ruhig, hilft fleissig bei der Hausarbeit, bietet nur ein schüchternes, verlegenes Wesen. Die Briefe, welche sie an ihre Angehörigen schreibt, sind sachlich und geduldig gehalten.

19. X. Ohne Änderung. Die Frage, ob sie gern heim möchte, bejaht sie freudig.

29. X. P. erwähnt in einem Briefe: „denn ich habe viel gelitten, habe nicht umsonst mein Gehör verloren". Eine Erklärung dieser rätselhaften Worte giebt sie nicht. Gewicht 49,5.

5. XI. Tritt aus der Anstalt aus im gebesserten Zustande.